

Multimed 2016; 20(2)

MARZO-ABRIL

CASO CLÍNICO

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
POLICLÍNICO DOCENTE JIMMY HIRTZEL. BAYAMO**Radiculopatía Cervical en un paciente con ocho
vértebras cervicales. Presentación de un caso****Cervical Radiculopathy in a patient with eight cervical
vertebras. A case presentation**

**Esp. Esmilda Leyva Velázquez, ^I Ms.C. José Arnaldo García Torres, ^I Dra.
Ariana García Leyva. ^{II}**

^I Policlínico Docente "Jimmy Hirtzel". Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} Policlínico Faustino Pérez Hernández. Buey Arriba. Granma, Cuba.

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de radiculopatía cervical en una paciente de 43 años de edad con una historia de larga evolución de dolor cervical por más de 23 años que mejoraba con los analgésicos y antiinflamatorio, la misma presenta cervicalgia con irradiación del dolor a hombro, brazo, antebrazo, mano y región anterotorácica; acompañado en estos últimos 6 meses de calambre en dedos de ambas manos y en la que los estudios Radiográficos demostraron la presencia de 8 vértebras cervicales con compresión de la 7ma y 8va vértebra cervical jamás conocido por la paciente. El dolor cervical es motivo de consulta frecuente en los servicios de atención médica primaria salud. El objetivo es demostrar la utilidad e importancia de realizar

una adecuada anamnesis seguido de un correcto examen físico del cuello e investigación Radiográficas, es preciso identificar la causa en concreto de cada paciente para poder aplicar un tratamiento adecuado para el origen del problema y no sólo tratar los síntomas que produce, para evitar que la lesión empeore y se cronifiquen.

Descriptores DeCS: RADICULOPATÍA, DOLOR DE CUELLO, ANAMNESIS.

ABSTRACT

We reported a case of cervical radiculopathy in a 43-year-old female patient with a history of long evolution of cervical pain for more than 23 years, getting better with analgesics and anti-inflammatory; she presents cervicalgia with pain irradiation to the shoulder, arm, forearm hand and anterothoracic region; accompanied by cramps in both hands fingers in which radiographic studies showed the presence of 8 cervical vertebrae with compression of the 7th and 8th cervical vertebra ever known by the patient. The cervical pain is a common complaint in primary health care services. The objective is to demonstrate the usefulness and importance of a proper anamnesis followed by a proper physical examination of the neck and Radiographic investigation, it is necessary to identify the cause of each patient in order to apply an appropriate treatment for the cause of the problem and not just treat the symptoms it produces, and to prevent the injury from worsening.

Subject heading: RADICULOPATHY, NECK PAIN, MEDICAL HISTORY TAKING.

INTRODUCCIÓN

Según datos Epidemiológicos en estas últimas décadas se han incrementado alrededor del 45% de la población adulta que sufre en algún momento de su vida una cervicalgia. La incidencia del dolor cervical ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en los países desarrollados", explica Ana Coarasa, presidenta de SMAR. ¹ Según datos epidemiológicos internacionales, hasta un 70% de la población confirma haber padecido cervicalgia al menos una vez en su vida. Es además un motivo de consulta muy frecuente", a los servicio de medicina de los cuerpo de guardia, traumatología y consultorios médicos de familia. Además como causas del incremento de casos los accidentes de tráfico y el envejecimiento poblacional. ²

En este paciente, comprobamos como con la fisioterapia adecuada de suficiente duración el ejercicio físico y el uso de Antiinflamatorios no esteroideos, se pudo lograr una mejoría clínica en la calidad de vida del camino que además contribuyó al bienestar y tranquilidad de la paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 43 años de edad profesional que en edades muy tempranas de la vida comenzó a sufrir de cervicalgia de forma intermitente dada por dolor en ambos hombros que se irradiaba al brazo, antebrazo y en ocasiones a las mano para la cual llevó diferentes tratamientos con analgésicos antiinflamatorios y sedantes, mejorando por un periodo muy corto sin previos examen físico y estudios radiográficos, ahora desde hace más meno 6 meses comenzó a presentar calambre en los dedos de las mano, molestia estomacales y cefalea olocraneal, se realizan estudios radiográficos y exámenes de la conducción nerviosa (Electromiografía) obteniendo como resultados en la radiografía la presencia de 8 vértebras cervicales con ligera artrosis y compresión de la 7ma y 8va vértebra cervical (Fig. 1 y 2) e irritación del plexo braquial en la prueba de la conducción nerviosa.



Fig. 1. Vista lateral cervical.



Fig. 2. Vista porteroanterior en hiperextensión.

Medidas Rehabilitadoras:

1-Las tracciones, ortesis y estimulación eléctrica nerviosa percutánea pueden mejorar transitoriamente el dolor radicular.

2 -Fisioterapia: Tracciones (cervicales contraindicado si mielopatía cervical).
Crioterapia, calor, masaje, onda corta, electroterapia, TENS.

3-Terapia física .Ejercicios de fortalecimiento de musculatura paravertebral: iniciar tras la mejoría o desaparición del dolor.

4-Medidas generales y hábitos de vida.

5-Tras la fase aguda la pérdida de peso en los pacientes obesos, y la mejora de la resistencia física, particularmente la función cardiovascular, son medidas eficaces.

3-5

Medicamentos:

1. Antiinflamatorios no esteroideos. Estos incluyen medicamentos como la aspirina (500mg) y el ibuprofeno (400mg), y podrían ser útiles si los síntomas en el brazo se deben a inflamación del nervio.

2. Corticosteroides orales. Un curso corto de corticosteroides orales también podría ayudar a reducir la inflamación y el dolor.

3. Narcóticos. Estas medicaciones se reservan para pacientes con dolor severo que no es aliviado por otras opciones. Los narcóticos generalmente se recetan solo por un tiempo limitado. ⁶

DISCUSIÓN

Bajo estas expresiones clínicas se denomina cervicalgia al dolor agudo y autolimitado de días o semanas, o dolor intermitente a veces continuo que se prolonga en el curso del tiempo y cervicobraquialgia o radiculopatía cervical o neuralgia braquial al cuadro caracterizado por cervicalgia con irradiación del dolor a hombro, brazo, antebrazo, mano o región anterotorácica. Puede haber o no alteraciones sensitivas, motoras o reflejas asociadas. Como la Radiculopatía cervical aguda, generalmente tiene un curso clínico autolimitado, el manejo inicial más apropiado para la mayoría de los pacientes es el no quirúrgico. Puede considerarse el tratamiento quirúrgico cuando fracase el tratamiento conservador, y también en el paciente con déficit neurológico significativo. ⁷

El problema es que en muchos casos las alteraciones previas del raquis no se han descubierto, bien por permanecer clínicamente silentes o por no haberse filiado adecuadamente antecedentes raquíálgicos que el sujeto pudiera haber padecido previamente a un accidente. ^{8,9}

Epidemiología se estima que el 45% de la población puede padecer o recordar un dolor cervical y que son asistidos en los servicio de medicina de los cuerpo de guardia traumatología y consultorios médicos de familia. Además como causas del incremento de casos los accidentes de tráfico y el envejecimiento poblacional. Este caso en particular a los 43 años de edad después de llevar varios tratamientos llega a nuestro servicio, se realiza un anamnesis adecuada, se tienen en cuenta sus antecedentes patológicos, se examina adecuadamente y se decide realizar estudios radiográficos obteniendo hallazgos radiológicos por la presencia de ocho vértebras cervicales y artrosis con compresión del 7ma y 8va vértebra cervical con un examen de la conducción nerviosa (Electromiografía) de brazo positivo a una irritación del plexo braquial. ¹

Fueron descartados adecuadamente los siguientes diagnósticos:

1. Biomecánicas - esguince. - Hernia discal - Espondilosis. – Mielopatía.
2. Referidas - Sdr. torácico superior. - Esofagitis. - Cardiopatía isq. - Disección vascular.
3. Miscelánea - Sarcoidosis. - Enf. De Paget.
4. Reumatológicas - A. reumatoide. - Espondilitis Anq. - Artritis psoriásica. - Sdr. Reiter. - Artropatías reactivas. - Polimialgia reumática - Fibromialgia - Hiperostosis senil. - Enf. Por cristales.
5. Neoplásicas - Metástasis. - Mieloma múltiple. - Tumores primarios óseos. - Tumores de origen nervioso: gliomas, cordomas, neurofibroma.
6. Infecciosas - Discitis. - Osteomielitis. - Meningitis. - Neuropatía herpética.
7. Neurológicas - Sdr. Parsonage Turner. - Neuropatías periféricas. ¹⁰⁻¹⁴

CONCLUSIONES

Esta valoración, como vemos compleja, debe ser realizada rigurosamente por el personal médico que trabaja en los diferentes servicios de asistencia médica. En segundo lugar debe investigar la existencia de un estado anterior (a través de los signos radiológicos y los antecedentes del paciente) al objeto de determinar su existencia y participación en el cuadro clínico actual. En tercer lugar debe explorar cuidadosamente al paciente para averiguar si su clínica es congruente, detectar el alcance e importancia de los signos y síntomas presentes, valorar si su imputabilidad corresponde sólo al evento o también al presumible estado anterior.

En cuarto lugar, si razona, tras lo anterior, que dicho estado existía y ha influido en el resultado final, debe ajustar la valoración a la concurrencia del mismo, aclarando la modalidad que, a su juicio, corresponde a dicha participación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Coarasa A. El 45% de la población se ha visto afectada por dolor de cuello o cervicalgia en los últimos 6 meses. JANO.es [Internet]. 2014 [citado 4 de septiembre de 2015]; 13: 21. Disponible en: <http://www.jano.es/noticia-el-45-poblacion-se-ha-23088>
2. Andersen CHH. Protocol for Shoulder function training reducing musculoskeletal pain in shoulder and neck: a randomized controlled trial BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2011 [citado 4 de septiembre de 2015]; 12: 156. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/12/14/>
3. Snell R. Neuroanatomía Clínica. [Internet] 6ta Ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2015. [Citado 5 de septiembre de 2015]. Disponible en: https://books.google.com.cu/books?id=9AjM5_4tmMkC&pg=PR7&lpg=PR7&dq=Neuroanatomia+Clinica+6ta+Edicion&source=bl&ots=XozKBlI_12&sig=BjBdWzWg8xypdGOTOWNyTEqMzcw&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Neuroanatomia%20Clinica%206ta%20Edicion&f=false
4. Villa R. Abordaje básico del paciente con cervicobraquialgia. Electron J Biomed [Internet]. 2009 [citado 4 de septiembre de 2015]; 2: 276-8. Disponible en: <http://cache.oalib.com/cache?m=CEC7A942DC2C129F69A83814FCA8331B.html>
5. Misailidou V, Malliou P, Beneka A, Karagiannidis A, Golodia G.. Assessment of patients with neck pain: a review of definitions, selection criteria, and measurement tools. J ChiroprMed [Internet]. 2010 [citado 4 de septiembre de 2015]; 9(2): 49-59. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943658/>
6. Giner V, Esteves J, Chico Asensi JP. Dolor de espalda. Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria [Internet]. 2009 [citado 4 de septiembre de 2015]; 1: 21-8. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap015dolorespalda.pdf>

-
7. Roig Vilaseca D, Jauna S, Font Vilas S. Síndromes cervicales con afección neurológica. ResearchGate [Internet]. 2009 [citado 6 de septiembre de 2015]; 1: 248-52. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/267785198_Sndromes_cervicales_con_af_eccin_neurolgica
8. Aso J, Martínez Quiñones JV, Consolini F, Domínguez M, Arregui R. Hernia discal traumática. Implicaciones médico-legales. Cuad Med Forense [Internet]. 2010 [citado 4 de septiembre de 2015]; 16(1-2):19-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000100003
9. Martínez J. Traumatismos raquídeos y lesiones no contiguas. Importancia del cribado con resonancia magnética de columna completa en el esguince cervical. Rev Med Legal 2009; 35(1):3-11.
10. Torres M. Utilidad diagnóstica de potenciales evocados dermatomales en radiculopatía cervical sensorial. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2009 [citado 4 de julio de 2015]; 21: 124-30. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2009/mf094e.pdf>
11. Palero E. Cervicobraquialgia. España: Hegemon; 2009.
12. Gore D. Valoración de los pacientes con dolor cervical. Medscape Orthopaedics & Medicine [internet]. 2001 [citado 6 de septiembre de 2015]; 5(4). Disponible en: http://www.traumazamora.org/guias_tratamiento/expcervical/expcervical.html
13. Jacobs W, Willems PC, Van Limbeek J, Bartels R, Pavlov P, Anderson PG. Single or double-level anterior interbody fusion techniques for cervical degenerative disc disease. Cochrane Database Syst. Rev [Internet]. 2011 [citado 6 de septiembre de 2015]; 19(1): Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249667>

14. Haid RW, Foley KT, Rodts GE, Barnes B. The Cervical Spine Study Group anterior cervical plate nomenclature. Neurosurg Focus [Internet]. 2002 [citado 7 de septiembre de 2015]; 12(1):1-6. Disponible en:
<http://thejns.org/doi/pdf/10.3171/foc.2002.12.1.16>

Recibido: 11 de diciembre del 2015.

Aprobado: 20 de enero del 2016.

Esmilda Leyva Velázquez. Policlínico Docente Jimmy Hirtzel. Bayamo. Granma, Cuba. E-mail: joseat2013@grannet.sld.cu